

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N° 740

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Jean CAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 septembre 1910, à Fougères (Ille-et-Vilaine)

**Contribution à l'étude
des Ulcérations syphilitiques
des Paupières**

Président de Thèse : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

**Contribution à l'étude
des Ulcérations syphilitiques des Paupières**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Jean CAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 septembre 1910, à Fougères (Ille-et-Vilaine)

**Contribution à l'étude
des Ulcérations syphilitiques
des Paupières**

Président de Thèse : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE
Physiologie.	LÉON BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique.	HARDIER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNE-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale.	CUNÉO
	GOSSET
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique.	LENORMANT
Clinique urologique.	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
	N...
Clinique gynécologique.	OMBRÉDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	RATHERY
Clinique thérapeutique médicale.	LEMATRE
Clinique oto-rhino-laryngologique.	Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SERGENT
Clinique propédeutique.	BEZANÇON
Clinique de la Tuberculose.	MATHIEU
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire.	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT..... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART d'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 PRÉDELIEVRE... Médecine générale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHEL..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.
 J. BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCO	
AUBERTIN ..		CADENAT ...	
BRULÉ		GATELLIER ..	
CHABROL ...		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT ..		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ..	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		GUÉNIOT ...	
		LE LORIER ..	
		LÉVY-SOLAL ..	
		METZGER ...	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

qui nous a fait l'honneur
de présider cette thèse,
voudra bien trouver ici
l'hommage de notre res-
pectueuse gratitude.

A. M. LE DOCTEUR POULARD

qui nous a accueilli dans
son service et nous a
inspiré ce travail, en té-
moignage de notre pro-
fonde reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

P. PRUVOST,

J.-L. ROUX-BERGER,

A. HAUTANT,

J. ROUGET,

H. BOURGEOIS

A. POULARD.

INTRODUCTION

Nous aurons en vue uniquement les ulcérations syphilitiques résultant le plus souvent du ramollissement d'une gomme, laissant de côté le chancre, non parce qu'il s'agit classiquement d'une exulcération puisqu'aux paupières il prend justement dans la majorité des cas un aspect térébrant qui lui confère rapidement les caractères d'une véritable ulcération, mais plutôt parce qu'il est l'objet de fréquentes publications contrairement aux ulcérations tertiaires qui nous ont semblé plus volontiers méconnues.

Nous laisserons de côté également les ulcérations secondaires d'un diagnostic facile, car exceptionnellement isolées. La lésion palpérale passant volontiers inaperçue chez un malade couvert de nombreuses ulcérations qui font d'emblée la preuve de leur nature syphilitique.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires nous ont semblé au contraire présenter un intérêt plus grand parce qu'elles sont en règle isolées, le malade venant consulter pour la lésion de sa paupière, et c'est pourquoi l'ophtalmologiste a plus souvent que le syphiligraphe l'occasion de la rencontrer.

Enfin, il ne sera pas nécessaire d'insister longuement sur l'importance que peut avoir un diagnostic, surtout s'il est précoce, le simple fait d'avoir découvert une spécificité ignorée ou méconnue, ce qui nous a paru la règle, éclairant d'un jour nouveau la pathologie du malade. Et dans le cas particulier qui nous occupe, un diagnostic précoce est important, en outre qu'il évitera de longues pertes de temps, il évitera au malade les risques de cicatrices inesthétiques, spécialement fâcheuses au visage et particulièrement graves aux paupières où elles peuvent entraîner des lésions oculaires ultérieures.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Ce qui frappe tout d'abord dans l'étude de l'étiologie des lésions ulcéro-gommeuses des paupières, c'est leur extrême rareté, et sans remonter aux statistiques de GALEZOWSKI et de ZEISSL, on note déjà dans l'*American Journal of Dermatology* de 1906 par GILES qu'un seul cas a été diagnostiqué à la clinique ophtalmologique du Manhattan Hospital, dans les vingt dernières années.

Il est cependant à noter la prédilection pour les paupières des gommes syphilitiques de la face, ce qui explique d'autant moins la rareté de ce diagnostic.

Age. — Les ulcérations syphilitiques des paupières s'observent principalement chez les adultes, particularité explicable par ce fait que c'est la syphilis acquise qui donne naissance aux gommes dans la grande majorité des cas. On la trouve, mais beaucoup plus rarement, dans la syphilis héréditaire ou chez des enfants qui ont été précédemment infectés par leur nourrice ou tout autre personne de leur entourage.

Epoque d'apparition. — Comme la gomme elle-même et comme aux autres organes, les ulcérations

des paupières apparaissent comme des manifestations de la période tertiaire. C'est un accident tardif qui peut se produire très longtemps après l'apparition du chancre (15-20 ans). Il ne faut cependant pas oublier que les gommesc n'apparaissent pas toujours à une époque aussi éloignée de l'accident primitif. On peut observer à la paupière le tertiarisme précoce et des ulcérations gommeuses palpébrales ont pu se montrer plusieurs mois après le chancre.

Sexe. — La gomme se développe avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme.

Siège. — Elle siège indistinctement à l'une ou à l'autre paupière et ne nous a pas semblé présenter une localisation élective à la paupière supérieure et à l'angle externe de l'œil, comme l'a signalé BLARY dans sa thèse.

Nombre. — L'ulcération peut être :

1° Unique, ce qui est la règle lorsqu'elle résulte du ramollissement d'une gomme circonscrite ou d'un syphilome diffus,

2° Multiple si elle résulte du ramollissement d'une série de nodosités vidées de leur contenu. Très souvent du reste elles finissent dans ce cas par confluer en réalisant une ulcération vaste et irrégulière.

Influence du traumatisme. — Il est souvent invoqué par le malade qui rapporte l'ulcération observée à

une brûlure ou à une plaie faite au cours de son travail (Obs. V), parfois à une contusion sans lésion cutanée. Il ne nous semble pas que dans le cas particulier, le traumatisme ait une grande influence, bien qu'il puisse classiquement, dans d'autres parties de l'organisme tout au moins, favoriser l'apparition d'une gomme.

SYMPTOMES

L'aspect clinique des ulcérations des paupières varie un peu suivant le type des lésions gommeuses dont elles sont l'aboutissant.

1° Le plus souvent, on se trouve en présence d'une ulcération circulaire, aux bords taillés à pic, découpés comme à l'emporte-pièce. Ses dimensions sont des plus variables et dans certains cas elle peut atteindre jusqu'à 3 cm. de longueur.

Les tissus circonférentiels forment une aréole inflammatoire. Le fond de l'ulcération est raviné, bourbillonneux. Il présente des masses que l'on a comparées à de la filasse. Ces masses désagrégées nagent dans un liquide jaunâtre et puriforme. L'indolence est toujours complète.

Il n'est guère possible en pratique de rapporter une telle lésion à une gomme circonscrite plutôt qu'à une gomme diffuse et c'est l'interrogatoire qui révélera les caractères particuliers de chaque forme à l'état de crudité et qui permettra de faire ce diagnostic de variété d'un intérêt du reste secondaire.

Dans le premier cas, l'ulcération a été précédée par une petite nodosité dure, mobile, sans adhérence.

Très semblable à un chalazion apparu en un point quelconque de la paupière.

Dans le second cas, la sclérose, au lieu d'être représentée par une petite nodosité, est constituée par une plaque, une nappe plus ou moins continue d'infiltration.

Enfin, suivant le mode général d'envahissement de la paupière, on peut distinguer deux formes évolutives différentes.

Tantôt la tumeur se développe insidieusement, sans douleurs ni phénomènes généraux; c'est ce qu'on peut appeler la forme subaiguë.

Elle peut au contraire débiter au milieu de symptômes douloureux et fébriles; c'est la forme aigue.

Dans la forme subaigue, la gomme apparaît ainsi que nous l'avons dit, sans réaction générale; il n'y a ni rougeur, ni œdème de la peau, ni tendance à l'abcédation.

Le plus souvent, la gomme rétrocede d'elle-même, ou si elle finit par s'ulcérer, c'est tardivement, au bout de plusieurs semaines d'évolution. Mais il faut connaître aussi le cas où le diagnostic de chalazion ayant été porté l'ulcération se développe secondairement sur la petite plaie opératoire (Obs. V).

La forme aigue prend au contraire dès son apparition des allures plus franches. Elle est parfois accompagnée de phénomènes douloureux et fébriles, rougeur et tuméfaction de la peau, phénomènes réactionnels intenses, ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires très engorgés.

La tumeur a ici une tendance très marquée à l'ulcération. La peau œdématiée, rouge, amincie, se laisse perforer par pression et l'on assiste alors au développement d'une ulcération qui peut arriver à couvrir une grande étendue, car la destruction dans ce cas ne se borne pas seulement à la surface, elle gagne de proche en proche au point d'en arriver à occuper entièrement les voiles palpébraux.

C'est précisément lorsque la gomme arrive à ce degré d'extension qu'elle offre de grands points de ressemblance avec l'épithélioma dont il est parfois fort difficile de la différencier.

2° A l'ulcération unique à bords arrondis et réguliers, que nous venons de décrire, résultant de l'évolution d'une gomme unique, nous opposerons les ulcérations irrégulières dues à l'évolution de gommées disséminées.

Dans ce cas, l'ulcération, plus ou moins vaste, est limitée par des bords festonnés lui donnant un aspect polycyclique. Comme les gommées ne sont pas toutes ouvertes en même temps, il n'est pas rare de rencontrer à la paupière et dans le voisinage de l'ulcération des gommées encore à l'état de crudité. Elles apparaissent comme des nodosités de petit volume mais caractérisées par ce fait qu'elles sont le plus souvent intradermiques.

Dans le cas précédent en effet, la gomme se développe dans les parties musculo-membraneuses situées entre la peau et le cartilage tarse. Ici, au con-

traire, elle débute par la peau elle-même (MAURIAC). Il ne s'agit plus alors d'une nodosité mobile sous la peau, c'est une tumeur ferme et tendue, enchâssée dans l'épaisseur même du derme, et mobile avec lui. La découverte d'une telle lésion au voisinage de l'ulcération présente évidemment une haute valeur diagnostique.

Enfin lorsque, par extension de voisinage, plusieurs gomme arrivent à se rassembler, toutes ne sont pas au même point de développement. La réunion d'ulcérations les unes superficielles, les autres profondes, donnent une disposition caractéristique en marche d'escalier signalée en 1856 par BOYARD dans sa thèse sur les gomme de la conjonctive.

Tel est l'aspect assez fréquent de cette forme d'ulcération; mais il faut également insister sur la localisation fréquente de ces gomme disséminées au niveau du bord ciliaire, bien qu'on puisse également l'observer dans les gomme isolées des paupières. Le bord libre de la paupière apparaît alors épaissi, rouge vif, les cils tombant sur une plus ou moins grande étendue et l'on aperçoit rapidement sous une petite croûte qui la cache une ulcération particulière entamant le bord palpéral plus ou moins profondément.

3° Il est encore une autre forme d'ulcération beaucoup plus rare; elle résulte de l'évolution d'une tar-site syphilitique diffuse (Obs. VI).

L'ulcération assez profonde s'étend aux parties voisines, à la peau et à la conjonctive, pouvant amener ainsi des troubles graves. La peau est violacée et éti-

rée, la paupière est augmentée de volume dans son ensemble, mais s'il n'est pas toujours possible de reconnaître à ce stade l'infiltration diffuse en amande du tarse sous-jacent qui caractérise cette forme, on aura parfois la chance de la constater aisément sur la paupière du côté opposé qui n'a pas encore eu le temps de s'incérer.

L'inflammation du tarse retentit assez fréquemment sur la conjonctive bulbaire qui est légèrement œdémateuse. La conjonctive palpébrale est satinée, blanchâtre et présente des élevures grisâtres. L'engorgement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires est la règle. Les signes généraux font habituellement défaut.

Le malade accuse une certaine pesanteur de la paupière qu'il ne peut relever. Le ptosis est en effet constant par suite de l'allongement que fait subir à la paupière l'induration généralisée du tarse. Ce ptosis s'accompagne de la chute complète des cils, due, pour certains auteurs, à la compression des bulbes pileux par l'infiltration; ils repoussent en général après guérison.

Nous n'insisterons pas sur les ulcérations résultant de l'évolution d'une gomme localisée du tarse, l'atteinte du cartilage passant dans la règle inaperçue et l'aspect clinique de la lésion n'en tirant aucune particularité notable.

Au total, si nous voulions essayer de résumer les principaux caractères de ces ulcérations assez polymorphes dans leur aspect, nous dirions qu'il s'agit

d'ulcérations assez profondes, de contour plus ou moins régulier, à fond sale et bourbillonneux, suintant plus ou moins abondamment, d'une indolence toujours complète. Elles siègent souvent au voisinage du bord palpébral qu'elles entament en forme d'encoche et ne s'accompagnent d'aucune adénopathie satellite préauriculaire ou sous-maxillaire. Elles ont été précédées par une nodosité qui a la première attiré l'attention du malade, mais dont l'indolence l'a empêché de consulter et c'est devant la rapidité de l'évolution et la constitution d'une ulcération qui progresse qu'on est amené à l'examiner pour la première fois dans la grande majorité des cas.

COMPLICATIONS

Elles relèvent tantôt de l'ulcération elle-même, tantôt de l'atteinte du globe oculaire par la syphilis. Il n'est pas rare en effet d'observer chez ces malades iritis, irido-choroïdite, rétinite, lésions qui comporteront un pronostic complètement indépendant de l'ulcération palpébrale concomittante mais qui seront souvent un auxiliaire précieux pour le diagnostic.

Beaucoup plus rares aujourd'hui sont les complications propres à la lésion ulcéro-gommeuse des paupières. L'une d'elles présente un caractère de spéciale gravité, c'est le phagedénisme. L'ulcération particulièrement rapide dans son évolution s'étend vite en profondeur mais aussi en surface, gagnant les parties voisines, détruisant parfois complètement les paupières. Une telle évolution est rare actuellement bien que nous ayons pu en rencontrer un cas très net. Beaucoup plus souvent, il ne s'agit pas de phagedénisme mais de l'évolution banale, plus ou moins serpigneuse, d'une gomme ou d'une tarsite longtemps négligées et qui ont entraîné des délâbrements importants des paupières sans jamais atteindre cependant ni la gravité ni la rapidité d'évolution des véritables

ulcérations phagédéniques (Obs. VII); il n'en subsistera pas moins dans nombre de cas une cicatrice vicieuse et des dommages esthétiques, la formation d'un coloboma, de la lagophthalmie pouvant déterminer de la kératite.

On a signalé également une inflammation secondaire provoquant une infiltration phlegmoneuse des paupières, voire même la suppuration des ganglions préauriculaire ou sous-maxillaire.

Ajoutons encore que les produits purulents qui stagnent dans le cul-de-sac conjonctival donnent en général naissance à une conjonctivite peu intense.

Au total, de telles complications sont rares et lorsque le diagnostic de la nature de l'ulcération a été fait, on peut dire qu'elles sont absolument exceptionnelles.

Sous l'influence du traitement, les paupières se dégonflent rapidement, l'ulcération cesse de creuser, son fond bourgeonne et elle se comble le plus souvent avec une vitesse étonnante.

DIAGNOSTIC

Nous allons maintenant passer en revue les principaux diagnostics que posent les lésions ulcéro-gommeuses des paupières.

Un tel diagnostic est toujours difficile car, en pratique, ces lésions ne s'imposent jamais à première vue comme manifestement syphilitiques et leurs caractères particuliers mêmes passent facilement inaperçus ou orientent plus volontiers vers des lésions que l'on rencontre plus fréquemment dans les consultations d'ophtalmologie.

En pratique, à moins que l'esprit ne se trouve d'emblée orienté vers la possibilité d'une lésion syphilitique, c'est à un chalazion ulcéré, à un épithélioma ou à une ulcération tuberculeuse qu'on pense d'emblée et dont on recherche les caractères. Mais, pour plus de commodité, nous décrirons d'abord les autres lésions ulcéreuses syphilitiques puis les ulcérations non syphilitiques, sans considération de fréquence de telle ou telle lésion aux paupières, argument qui, dans la pratique, impose un ordre différent aux investigations cliniques.

AUTRES LÉSIONS ULCÉREUSES SYPHILITIKES

1° *Le chancre induré :*

La gomme syphilitique ulcérée peut parfaitement être confondue avec le chancre. Le diagnostic entre les deux affections offre une réelle difficulté. En effet, à la paupière, le chancre se présente rapidement comme une ulcération plus ou moins profonde. Dans les deux cas, on trouve une base indurée et un suintement plus ou moins abondant à la surface de la lésion.

Cependant, en dehors même de la connaissance d'une tumeur préexistente à l'ulcération, de nombreux caractères permettent de différencier les deux lésions.

Le chancre apparaît avec une certaine prédilection à l'angle interne de l'œil, que ce soit par la plus grande fréquence des contacts digitaux à ce niveau ou pour tout autre raison.

La sérosité qui sourd de l'ulcération est plus abondante dans la gomme; la base indurée plus nettement limitée et moins pâteuse de consistance dans le chancre.

En outre, la présence d'un volumineux ganglion préauriculaire dans le cas d'accident primaire, ganglion qui fait toujours défaut dans le cas de gomme, tout au moins en l'absence de toute infection secondaire, facilite grandement le diagnostic. Enfin, un simple examen à l'ultra-microscope de la sérosité qui sourd de l'ulcération permettra le plus souvent de dé-

celer la présence de spirochètes et d'affermir le diagnostic de chancre d'inoculation.

Au reste, l'erreur ne serait pas grave puisqu'en toute circonstance ces deux lésions sont justiciables l'une et l'autre de la même thérapeutique.

2° *Syphilides secondaires ulcéreuses.*

Généralisées à une plus ou moins grande étendue du corps chez des sujets débilités ou intoxiqués, des alcooliques notamment, elles se présentent comme des ulcérations assez peu profondes ne ressemblant pas à celles des syphilides tertiaires ni des gommès.

L'élément fondamental est une ulcération recouverte d'une croûte; cette croûte qui semble constituer toute la lésion, arrondie, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, est entourée d'une aréole inflammatoire d'un rouge foncé. Si on l'enlève, on tombe sur une ulcération du derme, ronde avec des bords à pic, mais peu élevés, un fond rouge jaunâtre tapissé de pus sanguinolent qui se concrète rapidement en une croûte nouvelle. Cette lésion qui succède parfois à une papille succède souvent à un nodule inflammatoire profond qui s'ulcère assez rapidement.

Mais surtout, on découvre sur le reste du corps des syphilides papuleuses ou papullosquameuses dont la coexistence est la règle et qui lèvent tous les doutes qu'on pourrait avoir sur la nature de ces ulcérations.

3° *Syphilides tertiaires ulcéreuses.*

L'ulcération palpébrale fait partie dans ce cas d'un

groupement atteignant le front, la joue, le nez souvent, caractère essentiel qui facilite grandement le diagnostic.

La lésion débute par un tubercule, c'est-à-dire une nodosité intra-cutanée dure, ferme, rouge sombre, mais qui s'ulcère rapidement et se recouvre le plus souvent d'une croûte. A la période d'état, lorsque la lésion est constituée, elle se compose donc de trois éléments: une base d'infiltration néoplasique dure et consistante; une croûte revêtant partiellement ou la totalité de la lésion; une ulcération masquée par cette croûte.

Les bords ne sont ni décollés ni flottants; le fond est bourbillonneux ou recouvert d'un enduit crèmeux jaune verdâtre.

Il y a donc de nombreux points de ressemblance entre ces lésions et celles qui sont dues aux ulcérations gommeuses, mais tandis que celles-ci sont isolées ou en petit nombre, celles-là se groupent en amas s'étendant aux parties voisines et dont le mode de groupement est souvent caractéristique.

ULCÉRATIONS NON SYPHILITIQUES

1° *Chalazion ulcéré.*

Lésion assez fréquente, il se confond assez peu avec la gomme ulcérée. Son évolution en diffère nettement par la rapidité d'accroissement de la petite nodosité caractéristique adhérente au tarse et qui soulève la peau. Par l'existence de signes d'inflammation

très nets avant l'abcédation et l'ouverture à la peau. Nous insisterons simplement sur la nécessité de soupçonner la syphilis en présence d'une ulcération de cette nature qui ne guérit pas très rapidement après intervention chirurgicale.

2° *Tumeurs malignes.*

A. — *Epithélioma.* — Avant tout, l'épithélioma dans sa forme verruqueuse ou papillaire, il se présente comme une ulcération de développement relativement lent, étalée en surface: elles ne dépassent guère le derme et reposent sur une base indurée. Enfin, l'envahissement ganglionnaire est inconstant et tardif.

Plus rare, mais d'un diagnostic encore plus malaisé, est le cancroïde dans sa forme phagédénique. Il réalise une ulcération siégeant électivement à la paupière inférieure, se propageant rapidement en tous sens, particulièrement en profondeur, d'où son nom de térébrante que lui a donné LAGRANGE.

Cependant, l'épithélioma apparaît en général chez des sujets âgés; l'ulcération saigne très facilement, spontanément ou au moindre contact. Le fond présente dans la forme papillaire des petites excroissances très vasculaires, saignant dès qu'on essaye de déterger l'ulcération.

Les bords sont indurés, la base de consistance plus ferme, ligneuse même, s'étend bien au-delà de l'ulcération, envahissant irrégulièrement les tissus voisins.

Mais au moindre doute la biopsie sera le complément indispensable qui évitera tout retard funeste à la thérapeutique.

B. — *Sarcome*. — Le sarcome, beaucoup plus rare que l'épithélioma, se développe dans la règle entre le tarse et la peau, réalisant au début un aspect identique au chalazion; il est d'un diagnostic beaucoup plus facile par sa rapidité d'évolution. Constamment, les ganglions préauriculaire et sous-maxillaire sont envahis quand apparaît l'ulcération. La fosse temporale, l'orbite, les sinus sont rapidement intéressés à leur tour tandis que l'état général s'altère profondément.

Le sarcome ulcéré est donc la règle facile à reconnaître, la biopsie n'étant plus qu'un examen de contrôle fait sur la pièce opératoire. Du reste, le plus souvent, le pronostic est fatal même après une large extirpation.

3° *Tuberculose*.

Plus délicat est le diagnostic des ulcérations syphilitiques des paupières et des lésions tuberculeuses. En fait, il se présente de façon un peu différente suivant la lésion bacillaire et nous étudierons successivement le diagnostic avec les ulcérations tuberculeuses proprement dites et avec le lupus.

A. — **ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES PROPREMENT DITES.** — La tuberculose réalise en effet aux paupières des ulcérations profondes térébrantes, à bords souples et

décollés détruisant parfois très vite les téguments et les parties profondes elles-mêmes, d'un aspect tout à fait superposable à celui des lésions syphilitiques que nous avons décrit.

Cependant, en dehors de la notion de terrain qui peut orienter le diagnostic, les lésions tuberculeuse et syphilitique diffèrent sur de nombreux points.

Les ulcérations tuberculeuses, de même que celles de la langue et du pharynx, sont douloureuses, contrairement aux syphilitiques qui sont remarquables par leur indolence. Dans la tuberculose, on verra quelquefois de véritables granulations miliaires, plus souvent de petits îlots blanchâtres caséeux annonçant l'extension du mal.

Ajoutons que la base de l'ulcère tuberculeux est toujours souple et que l'adénopathie prétragienne tarde dans l'épithélioma, inconstante dans les ulcérations syphilitiques gommeuses, est au contraire de règle dans les ulcérations tuberculeuses.

L'évolution elle-même diffère assez nettement. Cliniquement, la gomme syphilitique arrive plus rapidement à la phase d'ulcération. Et à ce moment, elle donne issue à un liquide qui n'a ni l'aspect ni les caractères d'un liquide purulent. Contenant des débris caséeux et des filaments ou fragments fibreux dégénérés; il présente un aspect tout à fait caractéristique.

Enfin, l'ulcération syphilitique ne reste pas stationnaire; elle s'étend et prend plus ou moins vite des proportions qui assombrissent le pronostic.

En principe, les caractères différentiels ne manquent donc pas. Mais en pratique, l'aspect de ces deux lésions est souvent bien voisin et la seule méthode infailible de diagnostic consistera à rechercher dans l'exsudat des B. K. ou à inoculer un fragment de l'ulcère sous la peau du cobaye ou dans la chambre antérieure de l'œil du lapin.

B. — LUPUS. — Plus fréquent, mais d'un diagnostic d'ordinaire plus aisé est le lupus; il atteint assez souvent les paupières, mais consécutivement à un lupus du nez ou de la joue (plus rarement les voies lacrymales servent de voie d'invasion) et fait d'emblée sa preuve.

Le diagnostic ne se pose donc guère qu'au cas où le lupus débute par la paupière. Il se présente alors comme une large ulcération unique, à bords festonnés et rougeâtres. La guérison spontanée peut s'observer en un point pendant que le reste de l'ulcération progresse dans une autre direction, cette progression entraînant parfois une destruction presque complète des paupières. A ce degré, l'aspect du lupus est caractéristique et aucune lésion de la paupière ne peut le simuler.

Mais il y a des cas dans lesquels le diagnostic est vraiment bien complexe; ce sont ceux qui se rapportent à la forme serpigineuse de la syphilis que nous avons décrit précédemment. En pareil cas, la clinique et le laboratoire réunis auront de la peine à donner un diagnostic complet. Mais, comme le conseille LA-

GRANGE: « Le praticien n'oubliera pas que la syphilis est avant tout la diathèse causale contre laquelle devront être dirigés les efforts de la thérapeutique. »

4° *Ulcérations lépreuses.*

Nous noterons rapidement, pour être complet, que le diagnostic peut se poser avec les ulcérations lépreuses; mais outre que de telles lésions sont rares aux paupières, elles sont, de par la fréquence même de la lèpre dans nos régions, absolument exceptionnelles.

Du reste, si leur aspect est assez voisin des ulcérations syphilitiques, l'erreur n'est guère possible, car les localisations oculaires ne s'observent que chez des malades ayant déjà d'autres manifestations lépreuses. En cas de doute, la recherche du bacille de HANSEN dans les frottis faits avec la sécrétion de l'ulcère et colorés par la méthode ZIEHL-NEELSEN lèverait toute difficulté.

5° *La sporotrichose.*

Ce diagnostic est malaisé non seulement parce que les ulcérations présentent un aspect identique aux lésions syphilitiques, mais surtout parce qu'elles simulent également l'épithélioma des paupières et surtout la tuberculose. On se souvient que GOUGEROT a dit qu'on doit soupçonner la sporotrichose lorsqu'une ulcération présente un aspect mixte de syphilis et de tuberculose.

Cependant, l'ulcération sporotrichosique superficielle sans décollement est le plus souvent papilloma-

teuse, parsemée de nodules, de petites saillies hémisphériques du volume d'une tête d'épingle. Elle est habituellement recouverte d'une croûte mince jaunâtre ou brunâtre. La peau avoisinante est rouge en certains cas, parfois violacée, un peu œdématiée. L'indolence est habituelle, l'adénopathie inconstante. Telle est la description qu'en donne TOULANT dans sa thèse.

Signalons également une éosinophilie marquée dans le sang des sporotrichosiques.

Mais de tels caractères sont dans la règle insuffisants pour faire le diagnostic et l'on doit recourir à des examens de laboratoire qui pourront seuls entraîner la certitude.

L'examen des frottis de pus ne décèle qu'exceptionnellement le sporotrichum. BERMANNI et l'on aura recours aux cultures sur gelose glycosée lactosée ou aux inoculations dans la chambre antérieure du lapin qui donne des exsudats iriens caractéristiques en 3 à 5 jours.

6° *Autres mycoses.* — Elles réalisent des ulcérations d'un type très différent dont il suffit de connaître les caractères les plus manifestes.

Le favus, avec son godet classique, sa croûte jaune d'or, son odeur caractéristique ainsi que la coexistence de lésions du cuir chevelu, sera facilement reconnu.

La Blastomycose donne des placards verruqueux en

choux-fleurs, à bords taillés à pic dont l'aspect végétant est bien particulier.

Les ulcérations actynomycosiques enfin présentent des grains jaunes dans le fond de l'ulcère qui lèveront tous les doutes.

CONCLUSION. — On voit par conséquent que les caractères cliniques des lésions ulcéro-gommeuses syphilitiques des paupières sont extrêmement voisins de ceux d'ulcérations beaucoup plus fréquentes et vers lesquels le diagnostic risque de s'égarer si on ne pense pas à les rechercher avec soin. Mais malgré cela, l'affirmation de la nature d'une ulcération par ses seuls caractères cliniques est toujours difficile et c'est pourquoi, comme le conseille JANSELME dans son traité de la syphilis, « En présence d'une lésion ulcéreuse indéterminée, il y a lieu de faire :

1° Un examen à l'ultra-microscope et à l'encre de Buri;

2° Un examen des frottis obtenus avec la surface ulcérée après coloration par la fushine de ZIEHL pour la recherche des B. K.;

3° Un prélèvement de l'exsudat pour faire des cultures sur gélose ascite et gélose maltosée;

4° De prélever un fragment pour inoculation au cobaye;

5° De prélever un fragment qui après fixation sera traité par la méthode argentique de BERTARELLI-LEVADITI. »

TRAITEMENT

Il ne diffère pas de celui de toute ulcération gommeuse quel qu'en soit le siège. Il pourra être à la fois local et général, mais nous insisterons sur le caractère très accessoire de ce traitement local, la plupart de nos malades ayant guéri rapidement sous l'influence du seul traitement arsénical ou mercuriel.

Traitement local. — Déterger l'ulcération et enlever au besoin les croûtes par des pansements humides à l'eau oxygénée ou à la liqueur de Labarraque. On pourra très accessoirement compléter le traitement par un pansement à la pommade au calomel.

En cas de phagédénisme, le traitement local est peut-être plus utile; on pourra faire soit des pansements à la pommade au Collargol, soit à l'arséno-benzol en poudre ou en suspension glycerinée, soit au bleu de méthylène. Dans les cas graves, l'air chaud à 700° peut être employé sous anesthésie.

Traitement général. — Les trois médicaments classiques agissent habituellement d'une manière efficace sur ces lésions; mais ce sont les arsenicaux qui les font disparaître avec la plus grande rapidité, le

bismuth et le mercure se montrant ordinairement moins actifs.

On notera que dans la plupart de nos observations on a employé l'acétylarsan avec un succès complet et rapide et nous insisterons même sur la netteté de l'amélioration après trois ou quatre injections seulement. Il ne nous semble donc pas en cas de doute sur la nature d'une lésion ulcéreuse palpébrale qu'il y ait lieu d'hésiter à faire un traitement d'épreuve qui doit en cas de lésions syphilitiques amener une amélioration appréciable en quelques jours. Comme le dit JEANSELME dans son traité de la syphilis, « Le traitement d'épreuve pierre de touche, constitue un excellent signe de diagnostic et on devra toujours y avoir recours, car il est ici inoffensif et l'on sera étonné de voir avec quelle rapidité les lésions ulcéreuses syphilitiques, même les plus mutilantes, se réparent sous l'influence du traitement mercuriel, bismuthique ou arsénical.

L'iodure de potassium, beaucoup employé autrefois, pourra être encore un utile adjuvant, mais toujours associé à un traitement arsénical.

Enfin, si les injections sont impossibles, les comprimés de sels arsénicaux, le biiodure de Hg ou le calomel seront utilisés dans les conditions habituelles.

Nous rappellerons, en terminant, l'importance primordiale sur toute l'existence du malade de la découverte d'une syphilis le plus souvent ignorée qui devra être suivie et traitée en vue de la possibilité d'apparition d'accidents ultérieurs.

OBSERVATIONS

OBS. I. — Ulcération syphilitique de la paupière supérieure et du sourcil.

Mme F... Madeleine, 38 ans, vient consulter dans le service pour « anthrax du sourcil ». Le début a été progressif par une nodosité non douloureuse siégeant à la partie moyenne du sourcil et s'étendant à la paupière supérieure. Cette nodosité s'ouvrit bientôt et continua à progresser. Actuellement la malade présente une masse fongueuse volumineuse peu douloureuse occupant la partie moyenne du sourcil et de la paupière supérieure. Rien à signaler dans les antécédents en dehors de céphalées fréquentes.

On entreprend un traitement par des injections d'acétylarsan qui amène une amélioration très nette au bout de quatre semaines (8 injections), la guérison est complète à la fin de la série de 12 piqûres et les céphalées elles-mêmes ont disparu depuis qu'on a institué ce traitement.

Revue en janvier 1935, la guérison est complète.

OBS. II. — Ulcération syphilitique de la paupière inférieure de l'œil gauche.

Mme Pr... Madeleine, 60 ans, vient consulter dans le service le 5 octobre 1934 pour une opération de chalazion,

Le début de la lésion actuelle remonte à 3 mois par un petit bouton à vif qui s'est étendu progressivement. A l'examen, on constate une petite ulcération sur le bord palpébral inférieur créant une brèche très nette sur le bord ciliaire qui apparaît fendu complètement.

Cette ulcération absolument indolente suppure continuellement. Il n'y a pas eu d'adénopathie.

Antécédents: Fausse-couche à l'âge de 25 ans. Sa santé générale est médiocre, elle n'a pas d'appétit, est nerveuse et se plaint d'insomnies continuelles. Céphalées tous les 8 jours pendant 15 ans.

Premier mari tuberculeux. — Deuxième mari mort à 37 ans. Artériosclérose et azotémie.

En raison de l'aspect et de l'évolution de la lésion on entreprend un traitement par l'acétylarsan (2 injections par semaine). Amélioration très nette au bout de 2 injections, guérison complète après 4 injections (la malade a mal supporté la 5^e).

Localement, cicatrisation complète, les cils manquent sur une longueur de 1 centimètre et demi, mais il n'y a pas de brèche, le bord ciliaire est bien continu.

Depuis les piqûres, l'état général est très bon, l'appétit et le sommeil très améliorés.

Obs. III. — Ulcération syphilitique du bord marginal de l'œil gauche.

Mme Ver... Juliette, 26 ans, consulte le 13 juillet 1931 pour une ulcération large et profonde du bord marginal de la paupière inférieure de l'œil gauche absolument indolente, ne s'accompagnant d'aucune adénopathie.

Divers traitements (pommades, collyres) ont été

institué depuis trois mois mais n'ont donné aucun résultat.

On entreprend un traitement par l'acétylarsan. Après six injections il n'y a plus trace de la profonde ulcération. On note simplement une dépression légère recouverte de peau saine.

OBS. IV. — Ulcération syphilitique de la paupière inférieure de l'œil gauche.

M. Le... Jean. Le début de la lésion remonte à 3 mois par un bouton auquel succéda une plaque rouge qui s'est étendue sur la paupière inférieure jusqu'à la commissure interne et s'est propagée jusqu'à l'aile du nez.

Divers traitements, pommades, électricité ont été entrepris sans aucun résultat.

Le malade se présente le 15 juin 1931 avec une ulcération arrondie, indurée, saignant facilement, de la taille d'une pièce de dix sous et profonde de cinq millimètres, le fond a une teinte jambonnée. Il n'y a ni douleur, ni adénopathie, on note une adhérence partielle aux plans profonds.

En présence de ces caractères on pense à une lésion syphilitique et on institue un traitement par l'acétylarsan. L'amélioration est très nette après deux injections. La guérison est complète après la 4^e piqûre.

Le 22 septembre 1931, après 15 injections, il n'y a plus de trace d'ulcération et l'on note également une amélioration marquée de l'état général.

OBS. V. — Ulcération syphilitique du bord palpébral inférieur.

Mme Ca..., âgée de 36 ans, consulte le 16 avril 1928

dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière. Depuis le mois de décembre 1927, après une brûlure par graisse de cuisine qui aurait donné lieu à une cloque sur la paupière inférieure, la malade présente du larmolement.

En janvier 1928 le Dr. G... est consulté pour ce larmolement et pour une légère inflammation de la paupière. Les voies lacrymales paraissent en effet peu perméables et l'on passe une sonde à deux reprises.

Quelques jours après apparaissent des nodosités sur la paupière inférieure cependant que le larmolement persiste toujours.

A l'examen le 16 avril 1928 on note une tuméfaction formée par trois nodosités juxtaposées occupant les deux tiers internes de la paupière inférieure. Cette tuméfaction forme la base d'une ulcération à fond jaunâtre, irrégulière, sans pus, indolente, qui entame nettement le bord palpébral, les tissus avoisinants sont rouge foncé.

Notons en plus l'existence d'une autre tuméfaction indolente occupant la partie interne de la paupière supérieure et de plus petit volume que la précédente.

Il n'y a pas d'adénopathie. Le larmolement persiste toujours.

Ces lésions présentent toutefois l'aspect de « chalazion ulcéré » du reste l'une des nodosités palpébrale fut incisée et curetée. Huit jours plus tard on observait une ulcération ayant tendance à l'extension et nullement à la guérison.

En présence de ces caractères on entreprend un traitement par acétylarsan.

Après deux injections amélioration considérable. Après 15 piqûres, cicatrisation complète avec destruction des cils et encoche persistante dans les points où il y avait des brèches sur le bord palpébral,

Le larmolement a cessé depuis le traitement, les céphalées accusées par la malade se sont nettement atténuées.

OBS. VI. — Ulcération syphilitique de la paupière supérieure de l'œil gauche secondaire à une tarsite.

Mme X..., blanchisseuse, présentait depuis 2 mois une « écorchure » (?) de la paupière supérieure.

Le début remonte à trois semaines par un gonflement en masse de la paupière supérieure de l'œil gauche bientôt suivi d'ulcération.

Le 15 juin, la malade est examinée dans le service. Elle présente une ulcération siégeant au niveau du tiers interne de la paupière et entamant le bord ciliaire largement, son fond est blanchâtre, irrégulier, fongueux, les bords ne sont pas décollés, elle ne saigne pas.

Le gonflement a disparu et tout le reste de la paupière est normal.

On note une adénopathie préamiculaire de la grosseur d'une noix, une adénopathie sous-maxillaire moins volumineuse.

Un examen à l'ultramicroscope de la sécrétion de l'ulcère ne montre pas de spirilles.

On ne trouve dans les antécédents aucun accident cutanéomuqueux, aucune fausse-couche, pas de céphalées. Deux enfants bien portants.

OBS. VII. — Ulcérations secondaires à une infiltration gommeuse des deux paupières de l'œil gauche.

Mr... — Il s'agit d'un malade souffrant depuis six mois environ d'une affection des paupières de l'œil gauche, l'œil droit étant resté intacte,

La lésion assez rapidement progressive s'est manifestée tout d'abord par une tuméfaction de la portion marginale des deux paupières avec rougeur et inflammation du bord des paupières.

Bientôt les zones tuméfiées se sont ulcérées et le mal a progressé régulièrement sans que les traitements locaux par pommades ou lavages aient eu sur lui aucune influence.

Quand le malade se présente à nous on constate l'existence de lésions étendues. Le bord de la paupière supérieure est tuméfié et ulcéré dans toute son étendue. A la partie moyenne où se trouve le maximum d'ulcération la paupière se trouve entraînée dans toute son épaisseur y compris le tarse.

A la paupière inférieure le bord est tuméfié et ulcéré, avec, là encore en un point correspondant à peu près à la partie moyenne une ulcération profonde de la région ciliaire dans toute son épaisseur.

Il est intéressant de noter l'extension des lésions aux deux bords palpébraux et dans toute leur étendue aucune portion n'est épargnée, la ligne des cils est détruite d'un bout à l'autre mais les deux points des bords palpébraux sont pris dans toute leur épaisseur, tarse compris.

En présence de telles lésions ulcéreuses d'évolution progressive, profondément térébrante en certains points et devant l'échec des traitements locaux précédemment institués on pense à des lésions syphilitiques et l'on entreprend un traitement par le cyanure de mercure à la dose de 1 cgr. tous les deux jours.

Très rapidement une amélioration apparaît et l'on note au bout de quelques jours la regression de la tuméfaction et des zones végétantes.

Au bout de quinze jours les lésions ont rétrogradé presque complètement ne laissant subsister qu'une

rougeur sur les bords palpébraux cicatrisés et deux brèches destructives l'une à la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure.

Plus tard les lésions se sont entièrement guéries, toute trace d'inflammation a disparu et les paupières ont repris leur couleur normale mais les cils n'ont pas repoussé et les brèches palpébrales au niveau des destructions tarsiennes ont persisté formant deux encoches à la partie moyenne des bords palpébraux.

Les examens sérologiques en raison de circonstances spéciales à cette époque n'ont pas été pratiqués.

Il s'agit en somme d'une affection déjà ancienne des paupières, rebelle à tous les traitements institués depuis six mois et cédant très vite au traitement spécifique.

OBS. VIII. — Ulcération tertiaire.

Observation d'un sujet de 42 ans, venu consulter en 1903 pour une petite tumeur de la paupière inférieure droite, simulant à s'y méprendre un chalazion, avec cette différence que la peau qui la recouvrait était quelque peu violacée. Ni douleurs, ni œdème, ni adénopathie préauriculaire correspondante.

Le sujet niait toute syphilis antérieure et ne se rappelait pas avoir jamais eu la moindre manifestation cutanée.

Dans le doute je prescrivis néanmoins un traitement hydrargyrique à base de frictions mercurielles. Mais celui-ci fut peu suivi et 3 semaines plus tard le malade revenait avec une ulcération de la face externe de la paupière inférieure, à bords indurés, taillés à pic et ayant tous les caractères d'une ulcération syphilitique. Le Professeur FOURNIER, également consulté, confirma le diagnostic de syphilis et le malade

fut soumis à un traitement mercuriel par des injections intra-musculaires d'huile biiodurée.

Peu à peu l'ulcération disparut, laissant après elle une cicatrice assez souple avec seulement un peu de rétraction de la paupière inférieure et une légère éversion de la lèvre ciliaire.

CONCLUSIONS

1° Les ulcérations gommeuses des paupières ne présentent aucun caractère pathognomonique permettant de les reconnaître aisément. Le soupçon systématique en présence de toute lésion ulcéreuse des paupières pourra donc seul les faire reconnaître avec une plus grande fréquence.

2° Leur aspect est très polymorphe et simule de nombreuses lésions beaucoup plus banales, ce qui rend leur diagnostic clinique toujours incertain.

3° La plupart des malades se présentent sans syphilis connue et même sans accident syphilitique probant dans leurs antécédents.

4° Les examens de laboratoire sont souvent négatifs. En particulier on ne trouve pas de spirochètes au niveau de l'ulcération.

5° Le traitement amène dans la règle une régression rapide des ulcérations dont le fond bourgeonne et qui évoluent en quelques jours vers la guérison de

façon suffisamment nette pour que le diagnostic de lésions syphilitiques ne fasse plus aucun doute.

Il nous a semblé absolument inoffensif en présence de lésions palpébrales d'autre nature et permet donc rapidement et simplement d'affirmer un diagnostic qui, sans lui, reste douteux.

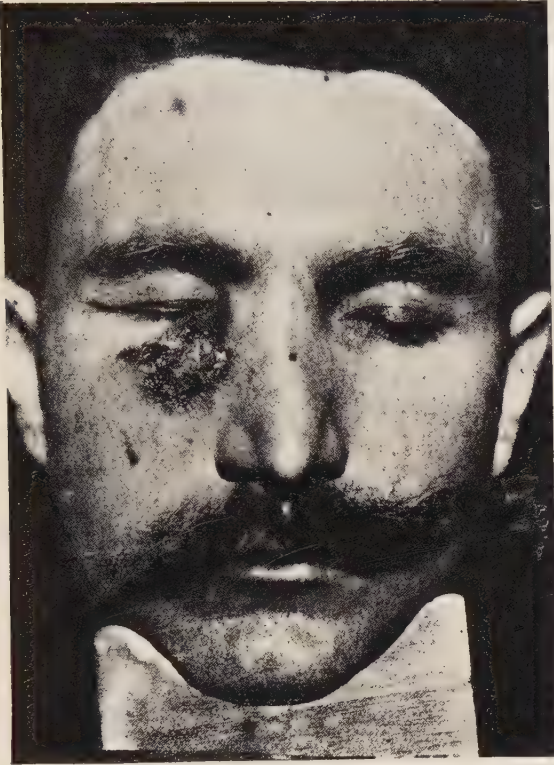
Vu : LE DOYEN :
G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
TERRIEN.

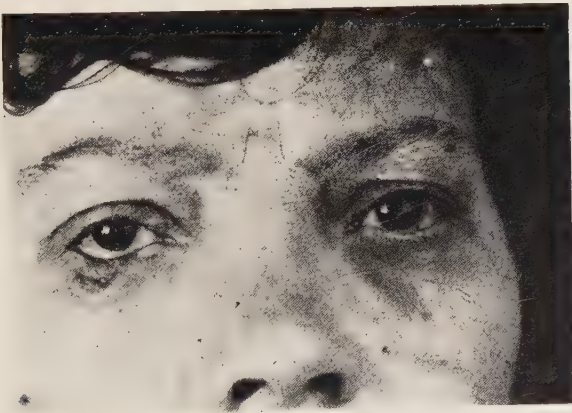
Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

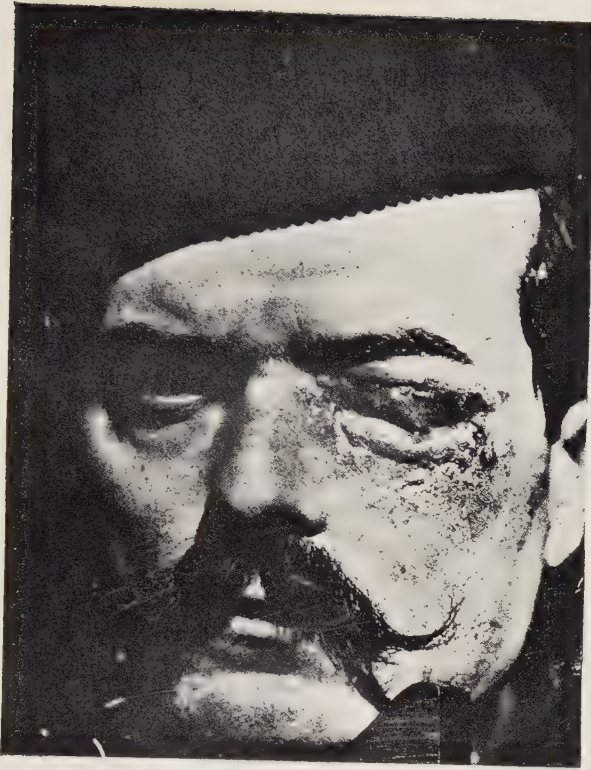
PLANCHE I



Ulcération syphilitique de la paupière inférieure



Epithélioma de la paupière inférieure



Ulcération syphilitique (avant traitement)



(Après traitement)

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Syphilis und Ange. *Thèse*, Wiesbaden, 1889.
- ALTER F. W. — Palpebral syphilis case. *Opthalmol.* Seattle 1915-16. XII.
- BARBAR. — Formes rares d'affections syphilitiques. *Thèse*, Zurich, 1873.
- BLARY. — Contribution à l'étude des gommés syphilitiques des paupières. *Thèse*, Lyon, 1897.
- BEURMANN ET GOUGEROT. — Les spirotrichoses.
- DE LAPERSONNE. — Blepharite ulcero-gommeuse. *Bulletin médical du Nord*, Lille 1889
« Gomme de l'angle interne de l'œil ».
- DELEGLISE. — Epithélioma palpébral. *Thèse*, Lyon, 1921.
- DIDAY. — La pratique des maladies Ibidem vénériennes. Paris, 1890.
- DOLLFUS A. — Un cas de syphilis secondaire ulcéreuse oculo palpébrale. *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, octobre 1928.
- DOUVIER. — La tuberculose palpébrale, *Thèse*, Lyon, 1903.
- MASSALOUX-LAMONNERIE. — *Thèse*, Paris, 1883.

- MILIAN, S. PÉRIN 15 S. MICHAUX. — Syphilis maligne précoce. *Revue française de dermatologie et vénéréologie*, février 1929.
- MORAX. — La spirotrichose oculaire. *Annales d'oculistique*, 1902.
- MORAX ET CARLOTTI. — Spirotrichose palpébrale. *Annales d'oculistique*, 1908.
- NARDI G. — Di in caso di sifilide Terziaria della palpebra superiore idesta. *Archives italiennes de dermato-syphiligraphie*, fév. 1928.
- NICOLAS, GATE, JUNIN. — Chancre syphilitique du bord libre de la paupière supérieure. *Lyon Médical*, 1922.
- PARKHYRST H. J. — Gumma of eyelid ohio state M. J. Octobre 1930.
- PES ET FRIMAGALLI. — Palpebral syphilis. *Ophth. Rec.*, Chicago, 1916.
- RICARD. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1890.
- ROLLET E. — Tuberculose tarsienne. *Société française d'ophtalmologie*, 1905.
- FISHER. — Syphilitic gummata of upper eyelid. *Am. J. of Medecine*, 1893.
- FONTAINE. — *Thèse*, Paris, 1872.
- FOURNIER A. — Traité de la Syphilis, Paris, 1901.
- FAIJET. — *Thèse*, Lyon, 1924.
- GALEZOWSKI. — Recueil d'ophtalmologie, 1858.
- GILES J. E. — Syphilis of eyelids. *American Journal of dermat. and genito-urin.*, St-Louis, 1906, X.
- GRUDER. — Case of bilateral ulcerat. gummata of

- eyelids. Wien. Klin. Wochenschr., 1898.
- HEINRICH VON VOGEL. — Uber perichondritis des Tarsels-Knorpels. *Thèse*, Bonn, 1873.
- IGERSHEIMER. — Arch. fur Opht., 1910.
- JEAN SELME. — Traité de la syphilis.
- KEBER. — Gummata of the eyelids. *American Journal of ophthalmology*, 1896.
- LAGRANGE. — Tumeurs des paupières. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, tome V, maladie des paupières. Ibidem.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis.
- H. LE ROUX. — Sur un cas de barite syphilitique. *Archives d'ophtalmologie*, sept. 1926.
- LEVANNIER. — *Thèse*, Paris, 1932.
- MAGNIER. — *Thèse*, Lyon, 1922-23.
- MAUSION. — Syphilis et tuberculose. *Thèse*, Nancy, 1900.
- REINER. — Case of tarsiti syphilitica. Beitrage f. Angenheilh, 1898.
- ROLLET J. — Gomme syphilitique. *Dic. de Médecine*. Tome IX.
- ROSENBAUM J. — Palpebral syphilis. *Ophth. Rec.*, Chicago, 1916.
- RYSS. ISALKIND. — Case of gumma of lower lid. Sovet. Vestnile of tal., 1933.
- STERVOUT. — T. ophth. Soc. M. kingdom, 1931.
- STOJANESKO. — Diagnostic entre les abcès froids et les gommès syphilitiques. *Thèse*, Paris, 1880.
- TERRIEN. — Traité d'ophtalmologie (Baillièrè) et Syphilis de l'œil et de ses annexes (Masson)

- TOUBANT. — Essai sur la sporotrichose oculaire. *Thèse*, Paris, 1913.
- TREROTOLI. — Si filoma multipli primitivi ulcerati delle palpebre briormal di oculi Napoli, 1921.
- WHITING. — Syphilitic tarsiti. T. ophth. Soc. M. Kubgdom, 1932.

